

**CIRCULAR 5**

**FICHA MÉDICA DEL ALUMNO/A**

**CURSO**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO/A: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

En caso de URGENCIA AVISAR A: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_

El alumno/a, ¿tiene algún tipo de alergia o intolerancia? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Padece alguna ENFERMEDAD CRÓNICA? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Toma algún tipo de medicación de forma habitual? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Cualquier dato que considere de interés, pueden añadir la información a continuación.

FIRMA PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL